# Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)"

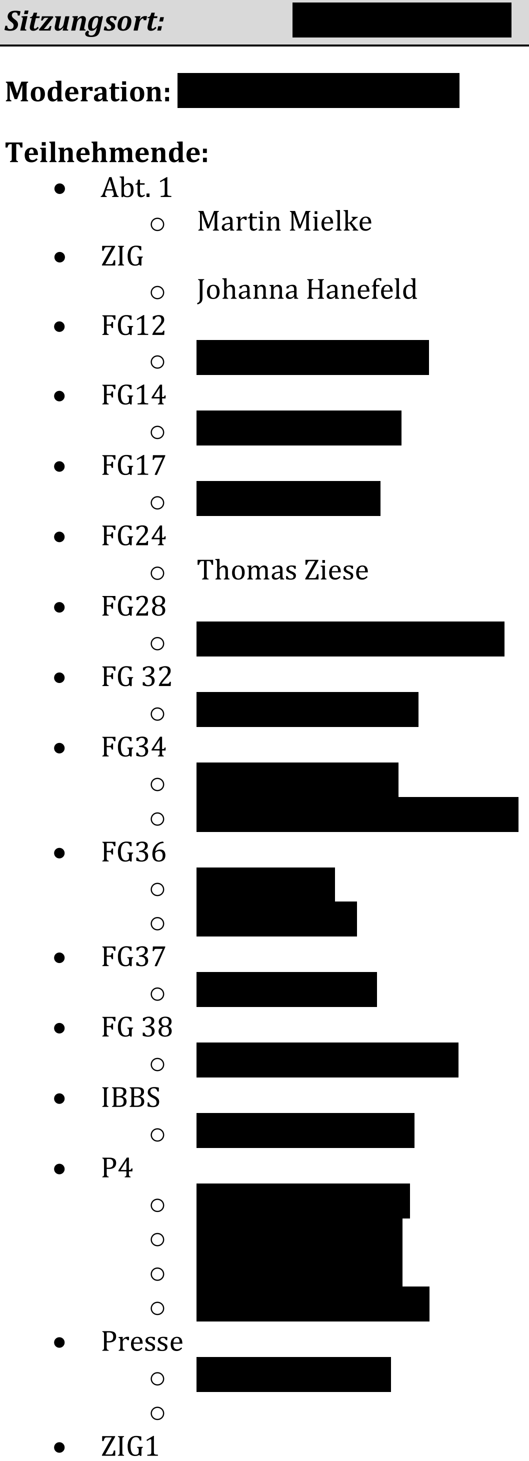
Ergebnisprotokoll

*(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)*

| | |
|---|---|
| ***Anlass:*** | Neuartiges Coronavirus (COVID-19) |
| ***Datum:*** | *16.12.2020, 11:00 Uhr* |
| ***Sitzungsort:*** | [redacted] |

**Moderation:** [redacted]

**Teilnehmende:**



- Abt. 1
  - Martin Mielke
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG28
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  -
- ZIG1



- o [redacted]
- o [redacted]
- BZgA
  - o [redacted]

| TOP | Beitrag/Thema | eingebracht von |
|---|---|---|
| 1 | **Aktuelle Lage**<br>**International (nur freitags)**<br><br>**National**<br>• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)<br>o SurvNet übermittelt: 1.379.238 (+27.728), davon 23.427 (1,7%) Todesfälle (+952), 7-Tage-Inzidenz 180/100.000 Einw.<br>▪ hohe Differenz zum Vortag, hoher Wert für Dienstag<br>▪ schwierig zu interpretieren, da Sachsen vorgestern nicht und Bayern nicht alle Fälle übermittelt hat<br>▪ hohe Anzahl an Verstorbenen (Todesfälle, die innerhalb eines Tages bekannt wurden, nicht die tatsächlich an diesem Tag verstorben sind)<br>o 4-Tage-R=0,88; 7-Tage-R=0,98<br>o ITS: 4.735 (+65), invasiv beatmet: 2.679 (+11)<br>▪ noch leicht ansteigend<br>o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum<br>▪ Am 15.12. Knick in Inzidenz in Sachsen und Bayern aufgrund von Übermittlungsproblemen<br>▪ Weiter steigender Trend in Sachsen und Thüringen<br>o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz<br>▪ viele LK in Sachsen mit Inzidenz >500<br>▪ nur noch 12 LK mit Inzidenz < 50<br>o 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche<br>▪ geringste Inzidenzen bei 0-4 Jährigen, höchste bei 20-50 Jährigen und bei >80 Jährigen<br>▪ 631 Fälle /100.000 Einwohner bei >90 Jährigen, jedoch wenige Fälle<br>o COVID-19 Fälle, Anteil der Verstorbenen, der Hospitalisierten, der Fälle mit relevanten Symptomen<br>▪ In Woche 45 bis 49 hohe Fallzahlen, in Woche 50 nochmal deutlicher Sprung nach oben bei Fallzahlen<br>▪ keine großen Veränderungen bei anderen Aspekten<br>o Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche<br>▪ In Woche 48 und 49 deutlich über 2.000 Sterbefälle pro Woche<br><br>o Wodurch ist der starke Anstieg in Woche 50 bedingt? Zeitweise Überlastung der GA? Nachträgliche Meldungen?<br>▪ Dass die GA jetzt weniger belastet sind, ist eher unwahrscheinlich.<br>▪ Beim Erkrankungsbeginn ist im Moment noch kein Anstieg zu sehen. Für Woche 50 ist Erkrankungs-beginn noch nicht vollständig, muss von den GA nachermittelt werden. | FG32<br>[redacted] |

| | | |
|---|---|---|
| | ○ Wie hat sich die Vollständigkeit der Meldungen verändert?<br>▪ Daten werden nachgetragen, immer Zeitverzug<br>▪ Sehr heterogen in GA<br>▪ Zunahme an unvollständigen Angaben, evtl. auch aufgrund von Änderungen bei SurvNet<br>▪ in BW Vollständigkeit gestiegen, in BY gesunken, kein systematisches Problem<br>○ Warum sind mittlerweile mehr Frauen als Männer betroffen?<br>▪ Muss noch genauer betrachtet werden. | |
| | • **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier)<br>○ GrippeWeb – ARE-Rate<br>▪ Von Woche 49 auf 50 leichter Anstieg, insgesamt deutlich niedrigeres Niveau als in Vorjahren.<br>○ Arbeitsgemeinschaft Influenza - ARE-Konsultationen pro 100.000 Einw.<br>▪ deutlich niedrigeres Niveau als in 2 Vorjahren<br>○ ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle<br>▪ Unterschied zum ambulanten Bereich: 35 Jahre und älter auf deutlich höherem Niveau als in Vorjahren, 0-4 Jährige auf deutlich niedrigerem Niveau.<br>○ ICOSARI - Anteil SARI-Fälle mit COVID-19-Diagnose<br>▪ ca. 60%, stabil auf hohem Niveau<br>○ ICOSARI - Anteil COVID-19-SARI-Fälle nach Altersgruppen<br>▪ Gesamtanteil in 1. Welle: 19%<br>▪ im Sommer: 4%, in allen Altersgruppen niedrig<br>▪ Spätsommerlicher Anstieg auf 44%<br>▪ Gesamtanteil in KW 49 mit 60% sehr hoch: bei 15-34 Jährigen: 74%, bei 35-59 Jährigen: 68%, bei 60+ Jährigen: 64%<br>○ ICOSARI - COVID-19-SARI-Fälle, absolute Fallzahlen<br>▪ Bis 34 Jährige fallen kaum ins Gewicht.<br>▪ Der große Unterschied zwischen 15-34 Jährigen und 35-59 Jährigen fällt auf. Grund?<br>*ToDo: FG36 sieht sich Altersverteilung genauer an.* | FG36<br>[redacted] |
| | • **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** (Folien hier)<br>○ In KW 50 weiterer Anstieg des Anteils positiver Testungen, Gesamtzahl von Testen nicht geringer.<br>○ Positivenanteile nach Bundesland und Woche<br>▪ Deutlich führend ist Sachsen.<br>○ Wie auch in Vorwochen großer Anstieg des Positivenanteils bei > 80 Jährigen, auch in allen andere Altersgruppen weiterhin ansteigend.<br>○ Auswertung für Sachsen im zeitlichen Verlauf<br>▪ Positivenanteil bei >80 Jährigen > 30%, bei 0-4 Jährigen auf vergleichbaren Niveau wie in anderen BL<br>○ Gibt es bzgl. des Geschlechts Änderungen über die Zeit?<br>○ Laborbasierte Antigenteste werden von 2 Laboren übermittelt und zurzeit analysiert (findet Nachtestung statt)? | FG37<br>[redacted] |

| | | |
|---|---|---|
| | ○ Wie kommt es zu dem sehr hohen Positivenanteil bei >80 Jährigen, obwohl Ältere sehr compliant bei den Maßnahmen sind? Liegt das an einer massiven Vorschaltung von Antigentests?<br>▪ Aus Alten- und Pflegeeinrichtungen kommen dramatische Signale, wenn Eintrag nicht verhindert werden kann, kommt es zu schneller Verbreitung.<br>▪ Ist bei > 80 Jährigen nicht nur ein schwerer Verlauf wahrscheinlicher, sondern ist evtl. auch die Suszeptibilität erhöht?<br><br>• **Testzahlerfassung am RKI** (Folien hier)<br>○ Zwischenzeitlich 32 Mio. Testungen erhoben.<br>○ Positiven Anteil steigt stetig.<br>○ Auslastung der Kapazitäten scheint sich zu entspannen.<br>○ Probenrückstau ist zurückgegangen, in KW50 geringfügig höher als in 3 Vorwochen. | |
| **2** | **Internationales**<br>• Verlauf der Pandemie in Afrika (Folien hier)<br>○ Anders als erwartet nur geringer Anteil an den weltweiten Fällen (3,4%), nur 3,6% der weltweiten Todesfälle.<br>○ Höchste Inzidenzen in Südafrika, Libyen, Tunesien, Marokko.<br>○ Woran liegt das?<br>○ Hypothese I: Untererfassung:<br>▪ < 0,5 Tests /1.000 Einw. täglich<br>▪ Im Februar konnten nur 2 Länder PCR-Tests durchführen, zwischenzeitlich jedoch 43 Länder.<br>▪ Vergleichbare Testzahlen mit Ländern ähnlicher Pandemiephasen, Positivquote: 9,8%.<br>▪ An einer Untererfassung liegt es vermutlich nicht ausschließlich.<br>○ Hypothesen II: Faktoren, die Verlauf beeinflussen<br>▪ Demographie: Medianalter 19,7 Jahre; Alter korreliert mit schwerem Verlauf (Immunoseneszenz, mehr NCDs)<br>▪ Immunsystem: trainiert durch Wurmbefall, traniert nach BCG-Impfung; Stärkung des regulatorischen Immunsystem (Hygienehypothese)<br>▪ Demographie vermutlich relevanter, immunologische Hypothesen nicht eindeutig.<br>○ Hypothesen III: Faktoren, die die Ausbreitung beeinflussen können<br>▪ Umweltfaktoren: (angeblich geringe Stabilität des Virus ab 23°C), Erfahrung mit Epidemien, früher Lockdown, ländliche Gegenden mit kaum verschlossen Gebäuden (gute Belüftung)<br>▪ Cave Urbanisierung: hohe Bevölkerungsdichte, anderer Lifestyle<br>○ Viele Hypothesen, wenig Evidenz<br>○ Warnung vor 2.Welle in Afrika, verursacht durch erhöhte Mobilität und Lockerungen. | ZIG<br>[redacted] |

| | | |
|---|---|---|
| | ○ Indirekte negative Effekte des Lockdowns durch Lücken bei der Behandlung von Tuberkulose, Aussetzung von Routineimpfprogrammen. Steigende Kindersterblichkeit zu erwarten. Konsequenzen des Lockdowns haben zum Teil schwerere Konsequenzen als COVID selbst.<br>○ Anregungen: Zusammenarbeit mit African CDC, Durchführung von Serostudien, balancierter Lockdown<br><br>○ Inwiefern machen Maßnahmen aufgrund der Sekundär-effekte des Lockdowns überhaupt Sinn? Wie wird das auf Ebene des African CDC gesehen?<br>▪ Geteilte Meinungen, 1. Lockdown sehr früh, zu diesem Zeitpunkt noch wenig über Schwere bekannt, viele Diskussionen hierzu.<br>○ 1.Welle: Afrikanische Regierungen haben hart gehandelt, nun viel differenzierteres Verhalten. Befürchtet wird eine 2.Welle durch die Mobilität über Weihnachten.<br>○ Gibt es Daten zu HIV? Unklare Daten zur Schwere von COVID-19-Erkrankungen bei HIV-Infektion. Behandlung von HIV erschwert. | |
| **3** | **Update digitale Projekte (nur montags)**<br>• Nicht besprochen | |
| **4** | **Aktuelle Risikobewertung**<br>• Keine Beiträge | |
| **5** | **Kommunikation**<br>**BZgA**<br>• [redacted]<br>• [redacted]<br><br>**Presse**<br>• STIKO-Empfehlungen sind in Arbeit<br><br>• Wird ausreichend kommuniziert, dass positiv Getestete zeitnah selbst Kontaktpersonen informieren sollen?<br>*ToDo: [redacted] recherchiert, inwieweit das kommuniziert wurde.*<br>• Ist der Bevölkerung die Strategieergänzung, auch bei leichten Symptomen zuhause zu bleiben, ausreichend klar? (AHA + L + bei Symptomen zu Hause bleiben)<br>• Hat BZgA schon in erster Welle bei Hinweisen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer prominent platziert.<br>*ToDo: Nimmt BZgA mit auf Slider.* | BZgA<br>[redacted]<br><br><br><br>Presse<br>[redacted] |
| **6** | **RKI-Strategie Fragen** | |

| | | |
|---|---|---|
| | **a) Allgemein**<br>**b) RKI-intern**<br>• Überblick über Ergebnisse von Modellierungen (Folien hier)<br>o Neue Publikation zur Effektivität von Maßnahmen gestern in Science: https://science.sciencemag.org/content/early/2020/12/15/science.abd9338<br>▪ Schulschließungen und Universitätsschließungen wurden zusammengefasst in Betrachtung, Vergleich zwischen den unterschiedlichen Ländern schwierig.<br>o Modellierungs-Ergebnisse: Übersetzung von Fallzahlen in Kontaktreduktionen. Modell schätzt, wie die Kontakt-reduktion über die Zeit ausgesehen haben muss, um diese Inzidenzen zu erhalten<br>▪ Absolute tägliche Inzidenz im Modell gefittet.<br>▪ Annahme: Menschen ändern Verhalten, wenn Inzidenz stark steigt. Verhaltensänderungen, die zur Abnahme der Inzidenz führen, nehmen im Laufe der Zeit ab (Pandemiemüdigkeit).<br>▪ Länderspezifische Kurven: Kontaktreduktion über Zeit sieht in vielen BL sehr ähnlich aus, reicht trotzdem aus für Abnahme der Inzidenz.<br>▪ Thüringen, ST und Sachsen: etwas stärker steigende Trägheit, was zu weniger starken Kontaktreduktionen führt.<br>▪ Verläufe in Kurven wurden mit der Dynamik aus Cosmo-Umfragen zu Verhaltensänderungen und Kontaktreduktion verglichen und ähneln sich stark.<br>o Ergebnisse einer Modellstudie: „Test sensitivity is secondary to frequency and turnaround time for COVID-19 screening“ (erschienen vor ca. 1 Monat)<br>▪ Turnus der Tests beeinflusst die Ausbreitung der Epidemie maßgeblich. Erhebliche Einbußen durch Verzug der Ergebnisbekanntgabe. Jeder Tag Verzug vermindert die R-Reduktion stärker als der Sensitivitätsunterschied zwischen PCR und Antigentest.<br>▪ Nicht übertragbar auf die gesamte BRD, interessant für Anwendung in bestimmten Settings, besser häufiger Antigen- als seltener PCR-Tests.<br>o Mobilität<br>▪ Seit März Beobachtung der Mobilität aufgrund von Mobilfunkdaten, Mobilität als Indikator für Verhaltensänderungen.<br>▪ Anzahl an allen Bewegungen im Vergleich zum Vorjahr, lokale Mobilität und Reisemobilität.<br>▪ Deutliche Auswirkung des Lockdowns, Einbruch im November nicht so stark wie im Frühjahr, könnte mit Pandemiemüdigkeit zusammenhängen.<br>▪ Nach Bundesländern: ähnlich in den einzelnen BL, in Stadtstaaten höhere Reduktion der Mobilität.<br>▪ Erhöhter innerdeutscher Reiseverkehr, starke Mobilität in Brandenburg und MV. | P4 [redacted]<br><br>P4 [redacted]<br><br>P4 [redacted] |

| | | |
|---|---|---|
| | ▪ Ausblick: Mobilität soll mehr mit Infektionsdynamik verknüpft werden, dann ist Beantwortung von Detailfragen möglich.<br>▪ Genauere Aufschlüsselung der Mobilitätsvarianten ist in Online-Reports zu finden.<br>▪ Mobilität wird durch Binnenmobilität dominiert.<br>• Könnte die Tatsache, dass die Menschen jetzt anders als im Frühjahr reagieren, auch daran liegen, dass die Menschen besser auf den Umgang mit der Pandemie vorbereitet sind (jeder hat Masken, kennt die AHA-Regeln)?<br><br>• Kurzvortrag zum Thema soziale Ungleichheit und COVID-19 (Folien hier)<br>o Scoping Review bis Juni 2020: in USA und UK höheres Risiko für Infektion und schwere Krankheitsverläufe in sozial benachteiligten Gruppen.<br>o Verwendung des Index regionaler sozioökonomischer Deprivation des RKI, Einteilung in deprivierte und weniger deprivierte Regionen: Ost-West- und Nord-Süd-Gefälle, im Nordosten Deutschlands liegen die am stärksten deprivierten Gebiete.<br>o Bis 15.06. gab es mehr SARS-CoV-2 Infektionen in weniger deprivierten Regionen.<br>o Altersstandardisierte Inzidenz nach sozioökonomischer Deprivation<br>▪ Welle 1: höchste Inzidenzen in Gebieten mit geringster Deprivation, gleicht sich über die Zeit an.<br>▪ Welle 2: Unterschied nicht mehr so ausgeprägt.<br>o Case-Hospitalization Rate: in Kreisen mit höherer Deprivation erfolgten mehr Hospitalisierungen.<br>o Harter Lockdown hat Infektionsgeschehen in allen Regionen verringert, vor allem auch in sozioökonomisch privilegierten Regionen, die eine besondere Rolle im Übertragungsgeschehen spielten.<br>o Sozial benachteiligte Gruppen bedürfen besonderen Infektionsschutz, da sie ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe aufweisen.<br>o Im Moment ist keine Aussage auf Individualebene möglich, nur zu Regionen.<br>▪ Ist im Rahmen von Corona-Monitoring lokal und auf Bundesebene geplant.<br>▪ In Kupferzell und Bad Feilnbach handelt es sich um eine Bevölkerung mit niedrigem Index, interessanter ist Berlin Mitte.<br>o Anmerkung BZgA: zielgruppenorientierte Kommunikation ist wichtig.<br>o Spielt Alter eine Rolle? Nicht unbedingt, Index ist altersadjustiert. | FG28<br>[redacted] |
| **7** | **Dokumente**<br>• Keine Beiträge | |

| | | |
|---|---|---|
| 8 | **Update Impfen** **(nur freitags)**<br>• Nicht besprochen | |
| 9 | **Labordiagnostik**<br>• NRZ Influenzaviren (Folien hier)<br>o Probeneingang im Sentinel konnte durch Telefonate mit Arztpraxen und Einbeziehung eines Kurierdienstes erhöht werden.<br>o Anzahl der Einsendungen in KW 50 jetzt wieder auf Niveau der letzten Influenzasaison, mit Lockdown gingen Einsendequoten deutlich zurück.<br>o In KW 49 und 50 stimmen die Positivenquoten mit 11% bzw. 12% mit den übrigen Testungen überein.<br>o Nach Ende des 1. Lockdowns war eine deutliche Erhöhung der Nachweise von Rhinoviren zu verzeichnen. Dies hat mit dem Teil-Lockdown wieder abgenommen, jedoch nicht so stark wie vorher.<br>o Ungefähr gleichmäßige Verteilung der Einsendungen über die Altersgruppen, nur wenige Proben von > 60 Jährigen. Die meisten SARS-CoV-2 Nachweise bei 35-60 Jährigen.<br>o Probeneingang je BL: fast alle BL sind vertreten, die größten Nachweisraten bei Proben aus Sachsen bei durch-schnittlichen Einsendungen.<br><br>o Anfrage aus Parlament: Gibt es einen Anstieg von CMV? CMV wird im Sentinel nicht untersucht. | FG17<br>[redacted] |
| 10 | **Klinisches Management/Entlassungsmanagement**<br>• Es gab Verunsicherung durch eine Pressemitteilung, dass in Sachsen Triage angewandt wurde (Bericht dazu: Link).<br>• Trifft im Moment nicht zu, die Plätze könnten in den nächsten 10 Tagen jedoch knapp werden.<br>• Es gibt deshalb Vorüberlegungen zu einer evtl. Verlegung von Patienten aus der Region Ost in die Region Nord. (Kleeblattkonzept: Region Nord, Ost, Nord-West, Süden 1+2)<br>• Pressestatement geplant mit positiver Message, dass in Deutschland noch genug Kapazitäten vorhanden sind, für evtl. Engpässe in einer Region ist ein Konzept vorhanden.<br>• Begriff Triage soll nicht verwendet werden, Priorisierung stattdessen.<br>• Wird ein Aussetzen der elektiven Eingriffe umgesetzt? Es gibt Einzelmeldungen, dass elektive Eingriffe nicht ausgesetzt werden. Dies soll mit Druck der Landesregierungen durchgesetzt werden.<br>• Gibt es Fortschritte beim klinischen Management im Vergleich zum Frühjahr, kann mit jetzigem Wissen häufiger auf Beatmung verzichtet werden?<br>o Hierzu gibt es bisher keine belastbaren Daten/Studien.<br>o Die Mortalität der intensivpflichtigen Hochaltrigen ist im Vergleich zum Frühjahr nicht geringer. | IBBS<br>[redacted] |

| | | |
|---|---|---|
| | ○ Unterschiede gibt es zwischen großen Zentren und kleinen Kliniken. | |
| **11** | **Maßnahmen zum Infektionsschutz**<br>• Keine Beiträge | |
| **12** | **Surveillance**<br>• Keine Beiträge | |
| **13** | **Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)**<br>• Nicht besprochen | |
| **14** | **Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)**<br>• Nicht besprochen | |
| **15** | **Wichtige Termine**<br>• Keine Beiträge | |
| **16** | **Andere Themen**<br>• Nächste Sitzung: Freitag, 18.12.2020, 11:00 Uhr, via [redacted] | |